



# YHTEISTYÖN TOTEUTUMI- NEN YLÄ-SAVON SOTE- KUNTAYHTYMÄSSÄ

Psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyö

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Kalle Partanen			
Työn nimi			
Yhteistyön toteutuminen SOTE-kuntayhtymässä: psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyö			
Päiväys	15.10.2015	Sivumäärä/Liitteet	31/9
Ohjaaja(t)			
Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Ylä-Savon SOTE			
Tiivistelmä			
<p>Opinnäytetyössä tutkittiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitajien yhteistyön toteutumista Iisalmen alueella. Opinnäytetyössä selvitettiin yhteistyön toimivuutta ja toteutumista psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitajien välillä. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, mitkä ovat yhteistyötä edistäviä tekijöitä ja mitkä haittaavia tekijöitä.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla teemojen mukaan. Aineisto koottiin haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa ja yhtä lähihoitajaa, jotka työskentelivät Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisessa kotikuntoutuksessa ja kotihoidossa. Haastattelut tehtiin heinäkuussa 2015. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kokivat, että yhteistyön ansiosta potilaan hoito on kokonaisvaltaisempaa. Yhteistyötä edistäväksi tekijäksi tutkimuksessa nousi esille yhteiset tapaamiset. Yhteistyötä haittaavana tekijänä hoitajat kokivat kiireen, jonka vuoksi yhteisiä tapaamisia on vähän. Yhtenä kehittämisehdotuksena tuotiin esille työparityöskentely, jossa psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitaja tekisivät käynnin potilaan luona työparina esimerkiksi kerran viikossa. Työparityöskentely lisäisi psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon välistä vuorovaikutusta.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena nousi esille asiakasneuvonta Ohjurin toiminta. Selvityksen voisi tehdä niille yksiköille, joiden kanssa asiakasneuvonta Ohjuri tekee yhteistyötä. Jatkotutkimuksessa voisi tutkia asiakasneuvonta Ohjurin toimintaa, yhteistyötä ja mikä on Ohjurin hoitovastuu.</p>			
Avainsanat			
Yhteistyö, kotihoito, psykiatrinen kotikuntoutus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Kalle Partanen			
Title of Thesis Realization of co-operation in Ylä-Savo SOTE: co-operation between psychiatric home rehabilitation and home care			
Date	15.10.2015	Pages/Appendices	31/9
Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority			
<p>Abstract</p> <p>This thesis studied the co-operation between psychiatric home rehabilitation and home care nurses in Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority. The objective of the study was to bring out the functionality and realization of co-operation between nurses at these two different care units. Another purpose was to bring out what the factors are that promote and prevent co-operation.</p> <p>The qualitative research method was used in this thesis and material was collected from a group interview based on themes. The data was collected by interviewing five nurses who worked at Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority's homecare and psychiatric home rehabilitation. The material was analysed by material based content analysis.</p> <p>According to the results the nurses experience that by co-operating the work is holistic. The most promotive factor is joint meetings. The preventive factor is that there not enough time for joint meetings. The nurses said that one development projects could be that nurses from homecare and psychiatric home rehabilitation do home visits together as a pair. This kind of visit could be done for example once a week. By visiting as a pair the interaction between home care and psychiatric home rehabilitation would be improved.</p> <p>A further research subject could be for example to research customer advice center Ohjuri's activities with all its co-operating health care units. Customer advice center Ohjuri's activities who the cooperating partners of Ohjuri are and what kind co-operation they do as well as Ohjuri's responsibility for care could be studied.</p>			
<p>Keywords</p> <p>co-operation, home care, psychiatric home rehabilitation</p>			



# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	7
2	MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSTYÖ .....	8
2.1	Mielenterveys .....	8
2.2	Mielenterveystyö .....	9
2.3	Mielenterveyskuntoutus .....	10
3	PSYKIATRINEN KOTIKUNTOUTUS .....	11
3.1	Psykiatrinen kotikuntoutus Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä .....	12
3.2	Psykoedukaatio psykiatrisen kotikuntoutuksen työmenetelmänä .....	12
4	KOTIHOIDON PALVELUT .....	14
4.1	Kotihoito .....	14
4.2	Kotipalvelu ja kotisairaanhoido .....	15
4.3	Kotihoidon henkilöstö ja ammatillinen osaaminen .....	15
5	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ .....	17
5.1	Yhteistyö .....	17
5.2	Moniammatillisuus .....	17
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT .....	18
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	19
7.1	Laadullinen tutkimus .....	19
7.2	Aineiston kerääminen .....	19
7.3	Aineiston analyysi .....	20
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	22
8.1	Yhteistyön edut .....	22
8.2	Yhteistyötä haittaavat tekijät .....	22
8.3	Yhteistyötä edistävät tekijät .....	23
8.4	Yhteistyön kehittäminen .....	24
9	POHDINTA .....	26
9.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	26
9.2	Opinnäytetyön tulosten pohdinta .....	26
9.3	Opinnäytetyö prosessi ja ammatillinen kasvu .....	28

9.4 Jatkotutkimusaiheet .....	29
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	30
LIITE 1: HAASTATTELUJEN TEEMAT .....	32
LIITE 2: ESIMERKKI ANALYYSISTÄ .....	33
LIITE 3: TUTKIMUSLUVAT .....	34

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2013 Suomessa psykiatrisen avosairaanhoidon palveluita tarvitsi 159 131 potilasta, joista kertyi 1,8 miljoonaa käyntiä. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilaita oli 26 561, joista kertyi 1,3 miljoonaa hoitopäivää. Vuodesta 2006 lähtien psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toteutuneet hoitopäivät ovat vähentyneet 29 %. Psykiatrisen avosairaanhoidon avokäynnit ovat samassa ajassa lisääntyneet 31 % ja potilasmäärät ovat nousseet 20 %. (THL 2015.)

Vuonna 2010 Aspa-säätiö on laatinut selvityksen mielenterveyskuntoutujien palvelujärjestelmästä. Selvityksessä on tutkittu valtakunnan tasolla käyttäjien ja työntekijöiden mielipiteitä asumispalveluiden toimivuudesta sekä mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asumisesta ja selviytymisestä. Selvityksessä tarkasteltiin asumisen tilannetta ja tarpeita. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa sovellettavaa tietoa asumispalveluiden ja tukipalveluiden suunnittelun ja kehittämisen tueksi. Selvityksessä kävi ilmi, että psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen olisi tärkeää, että mielenterveyskuntoutuja saisi riittävää tukea kun hän kotiutuu. Riittävä tuella tarkoitetaan kuntoutustoimintaa, vertaistukea, henkilökohtaista tukea, hoidon jatkuvuutta, sekä ennen kaikkea yhteistyötä kaikkien hoitotahojen välillä. Selvityksen mukaan yhtenä toimivana ja tärkeinä hoitomuotona kotiin siirtyvälle mielenterveyskuntoutujalle olisi psykiatrinen kotikuntoutus, jolla tarkoitetaan kotiin vietyä tukea ja ohjausta. Psykiatrisessa kotikuntoutuksessa ohjaamisessa ja neuvonnassa käytettäisiin pääasiallisesti psykoedukatiivisia menetelmiä. (Aspa-Säätiö 2011, 23–32.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valinta sai alkunsa palaverista, joka käytiin 3.10.2014 psykiatrisen kotikuntoutustiimin kanssa Koljonvirran sairaalassa, psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmän toimistossa. Keskustelussa nousi esille tarve selvittää psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon välisen yhteistyön toteutumista Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella Iisalmessa, koska heillä on yhteisiä asiakkaita. Yhteistyötä on hyvä tutkia myös siksi, että psykiatrinen kotikuntoutus on aloittanut toimintansa hanketyönä vuonna 2011, joten kyse on hyvinkin tuoreesta toiminnasta ja vastaavanlaista toimintaa ei Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella ole aikaisemmin ollut.

Kvalitatiivisen eli tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää miten yhteistyö toimii ja toteutuu psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon työntekijöiden välillä. Tehtävinä opinnäytetyöllä oli selvittää mitkä olivat yhteistyötä haittaavia tekijöitä ja mitkä edistäviä tekijöitä. Yhteistyön tutkiminen ja siitä saatujen tulosten saaminen hyödyttäisi molempia osapuolia ja hyödynsääjia olisivat myös osapuolten yhteiset asiakkaat.

## 2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSTYÖ

### 2.1 Mielenterveys

Mielenterveydelle on useita määritelmiä ja ne vaihtelevat eri aikoina ja kulttuureissa sekä eri ryhmien välillä. Yksi tunnetuimmista määritelmistä mielen terveydelle on Sigmund Freudin ”kyky rakastaa ja tehdä työtä”. (Toivio & Nordling 2013, 62). WHO:n mukaan mielen terveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, johon ei liity sairauksia (WHO 2014). Mielenterveyden tarkka määrittäminen on kuitenkin hankalaa. Lisäksi mielen terveys ei ole kenelläkään pysyvä, vaan se vaihtelee, aivan kuten terveydentilakin. Mielenterveydelle ei ole myöskään selkeitä mittareita, jolla sitä voisi mitata. Yhteiskunnassa olevat normit ovat kulttuurisidonnaisia, jonka mukaan ihmiset elävät. Vahvimpana normina on laki, jolla mielen terveyteen ja mielen sairauteen voidaan ottaa kantaa. (Nordling & Toivio 2013, 62.)

Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät kuten perimä, äidin raskaudenaikainen terveydentila, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset ja niistä erityisesti kriisit, traumaattiset kokemukset, ihmissuhteet, sosiaalinen verkosto sekä elämäntilanteen kuormittavuus. Mielen sairaus voidaan diagnosoida silloin, kun siitä alkaa olla haittaa terveydelle, sosiaaliselle elämälle tai muulla tavoin haittaa tai rajoittaa merkittävästi normaalia elämää. Mielen sairauksiin on olemassa lääketieteellisiä diagnooseja. Mielenterveyden diagnosoinnin tekee psykiatri, joka on myös erikoisasiantuntija mielen terveyden lääkähoidossa. (Nordling & Toivio 2013, 60–62,) Diagnoosit ovat luettavissa ICD-10 tautiluokituksesta, joista viimeisin suomenkielinen 3. painos on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaissut vuonna 2011.

Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät (kuvio 1) voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin suojaaviin tekijöihin eli mielen terveyttä vahvistaviin tekijöihin. Mielenterveyteen vaikuttavat heikentävät tekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin riskitekijöihin. Sisäiset suojaavat tekijät ja riskitekijät ovat jo varhain lapsuudessa saatu ja ne ovat erityisesti lapsen ja vanhempien välisessä vuorovaikutuksessa syntyneet. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2014, 37.)



Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä itsetunto.</li> <li>- Hyvät vuorovaikutustaidot.</li> <li>- Hyväksytyksi tulemisen tunne.</li> <li>- Hyvä fyysinen terveys.</li> <li>- Perimä.</li> <li>- Ristiriitojen käsittelytaito.</li> <li>- Oppimiskyky.</li> <li>- Ongelmanratkaisutaito.</li> <li>- Kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen.</li> <li>- Myönteiset varhaiset ihmissuhteet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosiaalinen tuki.</li> <li>- Ystävät.</li> <li>- Oikeus kotiin.</li> <li>- Koulutusmahdollisuudet.</li> <li>- Työ tai muu toimeentulo.</li> <li>- Ruoka.</li> <li>- Turvallinen elinympäristö.</li> <li>- Helposti tavoitettavat yhteiskunnan auttamisjärjestelmät.</li> </ul>
Sisäiset riskitekijät	Ulkoiset riskitekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eristäytyneisyys.</li> <li>- Avuttomuuden tunne.</li> <li>- Huonot ihmissuhteet.</li> <li>- Huono sosiaalinen asema.</li> <li>- Itsetunnon haavoittuneisuus.</li> <li>- Seksuaaliset ongelmat.</li> <li>- Biologiset tekijät: esim. kehityshäiriö.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Päihteet.</li> <li>- Nälkä ja puute.</li> <li>- Hyväksikäyttö ja väkivalta.</li> <li>- Haitallinen elinympäristö.</li> <li>- Erot ja menetykset.</li> <li>- Syrjäytyminen.</li> <li>- Köyhyys.</li> <li>- Kodittomuus.</li> <li>- Kiusaaminen.</li> <li>- Työttömyys tai sen uhka.</li> </ul>

KUVIO 1. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä &amp; Marttunen 2014, 37)

## 2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö tarkoittaa mielenterveyslain mukaan, että henkilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua edistetään ja mielensairauksia yritetään ehkäistä, parantaa ja lievittää. Mielensairautta tai mielenterveyshäiriötä poteville henkilöille on lääketieteellisin perustein annettava sosiaali- ja terveyshuollon palveluita. Mielenterveystyöhön kuuluu myös elinsuhteiden parantaminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Mielenterveystyö voidaan jakaa primaari-, sekundaari ja tertiaaripreventioksi. Primaaripreventio tarkoittaa yksilöiden ja perheiden mielenterveyden edistämistä. Primaariprevention vaikuttamismuotoja terveydenhuollossa ovat ohjaus ja neuvonta sekä viranomaisten välinen yhteistyö. Käytännössä primaaripreventiota tapahtuu äitiys- ja lastenneuvolassa, koulu- ja työterveyshuollossa, päivähoidossa, toimeentulotukipalveluissa sekä kotipalveluissa. Sekundaariprevention idea on puuttua mahdollisiin mielenterveysriskien alaisina olevien henkilöiden tunnistamiseen ja heidän välittömään apuun. Sekundaaripreventiossa oleellista on nopea toiminta ja joustava apu. Tertiaaripreventiossa mielenter-

veysongelma on jo todettu ja mielisairautta pyritään mahdollisimman hyvin hoitamaan, jotta asiakas saavuttaa mahdollisimman hyvän toimintakyvyn. Käytännössä tertiääripreventio tapahtuu mielenterveystoimistoissa, psykiatrisilla poliklinikoilla ja sairaosastoilla. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 1999, 26–27.)

Mielenterveystyössä tärkein työväline on työntekijä itse. Oman persoonan tai oman itsen käyttäminen tarkoittaa sitä, että työtä tehdään tiedostaen oma ammatillisuus ja siihen liittyvät arvot, säännöt ja etiikka, sekä yhteistyösuhteen vaikuttavat tekijät, asiakas ja asiakkaan tilanne. Oman persoonan käyttäminen työvälineenä on vaativaa ja raskasta. Ajan kuluessa mielenterveystyö voi tulla liian rasakaksi, jos työntekijä ei ajoissa reflektoi tekemäänsä työtä ja itseään työntekijänä tai siihen ei saa mahdollisuutta. (Kiviniemi ym. 2007, 9–15.)

### 2.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuja on henkilö, jolla on psykiatrinen diagnoosi tai toimintakyvyn alenema, joka voidaan todeta sen aiheutuvan psyykkisestä sairaudesta. Mielenterveyskuntoutus on diagnoosilähtöistä. Jokainen mielenterveyskuntoutuja on yksilö ja jokaisella on erilaiset lähtökohdat ja ympäristö missä kuntoutus tapahtuu. Mielenterveyskuntoutujalla on alentunut hallinnan puute ja selviytymiskeinot arjessa ovat alentuneet. Vastuu omista valinnoista ja toiminnoista ovat puutteellisia. Riippuvuuden ja avuttomuuden kierre ovat vahvasti näkyvillä kuntoutujan elämässä. Elämänhallinta on hukkassa. (Koskisu 2004, 10–31.)

Mielenterveyskuntoutuksessa yritetään löytää kuntoutujalle mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Yritetään löytää keinoja, joilla saadaan elämänhallintaa parannettua. Etsitään taitoja, joita kuntoutujalla tulisi olla ja tuetaan toimintakykyä, jotta kuntoutujasta saadaan itsenäinen ja omatoiminen. Tähän kuntoutuja asettaa itselleen tavoitteet, miettimällä miten hän haluaa elää ja haluaa tehdä. Tärkeänä elementtinä mielenterveyskuntoutuksessa on omaisten rooli kuntoutujan tukena. Hyvällä tukiverkostolla, johon kuuluvat esimerkiksi puoliso, sisarukset, lapset ja ystävät on suuri merkitys ja myös heitä tulee kannustaa ja ottaa osaksi kokonaisvaltaista kuntoutusta. Kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen kuuluu myös monialaisuus eli moniammatillinen työryhmä, jossa voi olla psykologi, lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Eri alojen ammattiosajia tarvitaan, joka tuo kuntoutukseen oman näkökulmansa ja näin saadaan kuntoutujalle mahdollisimman kattava tuki. (Koskisu 2004, 10–31.)

### 3 PSYKIATRINEN KOTIKUNTOUTUS

Mari-Kristiina Virtanen (2005) on tutkinut pro-gradussaan kotikuntoutusta mielenterveyskuntoutuksen näkökulmasta. Työssä Virtanen on tutkinut mielenterveyskuntoutusta asiakkaiden sekä hoitajien näkökulmasta. Virtasen mukaan mielenterveyspotilaan hoidon kokonaisuuteen voi kuulua kotikuntoutus. Nimensä mukaisesti kuntoutusta toteutetaan vaikeasti psyykkisesti sairaiden asiakkaiden kotona. Asiakkaan tarpeista lähtevä kotikuntoutuksen lähtökohta voi liittyä kotona olemisen vaikeuteen, aikuistumiseen, päätöksenteon vaikeuteen, muisti- ja keskittymisvaikeuteen, vastuun kantamiseen, aloitekyvyn vaikeuteen, tekemisen vaikeuteen ja sosiaalisten tilanteiden vaikeuteen. Käytännössä tämä liittyy hoitajan työnkuvaan siten, että hoitaja menee asiakkaan avuksi erilaisiin tilanteisiin, joista asiakas ei kykene suoriutumaan ilman ulkopuolista apua. Asiakas voi tarvita tukea esimerkiksi kaupassa käynnissä, siivoamisessa, ruoan laitossa, sosiaalisissa tilanteissa tai vaikkapa peseytymisessä. (Virtanen 2005, 26–39.)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaalle laaditaan yhdessä kuntoutussuunnitelma, jossa mukana hoitajien ja asiakkaan lisäksi olisi hyvä olla omainen. Kuntoutuksen tavoitteina voivat olla toivon ylläpitäminen, hyvä inhimillinen elämä, sekä pärjääminen omassa kodissa ilman hoitajan apua. Näihin tavoitteisiin yritetään päästä tukemalla sosiaalisissa suhteissa, antamalla ohjausta löytämään voimavarat ja psyykkiset vahvuudet sekä ohjausta päivittäisissä toiminnoissa. Kotikuntoutuksen asiakkaan rooli voi olla kuuntelija, keskustelija, pohdiskelija, osallistuja, avuntarvitsija, oppija ja mutta on muistettava, että hän on pääroolissa. Monille asiakkaille hoitajan paikalla olo, on muun tekemisen ohessa tärkeää vuorovaikutusta, sillä monilla ei ole juurikaan sosiaalisia suhteita ja osa haluaa nimenomaan keskusteluapua esimerkiksi ahdistuksen kohdatessa. (Virtanen 2005, 26–39.)

Virtasen tutkimuksen mukaan psykiatrisen kotikuntoutuksen tärkeimpiä auttamismenetelmiä olivat lääkehoito ja lääkehoidossa tukeminen. Ohjaamisen lisäksi kotikäynnit, vuorovaikutukselliset auttamismenetelmät, elämänhallintaan liittyvät auttamismenetelmät, minäkuvaa ja itsetuntoa tukevat auttamismenetelmät sekä sosiaaliseen toimintaan liittyvät auttamismenetelmät koettiin myös toimivina. Vuorovaikutuksen asiakkaat auttamismenetelmänä kokivat kaiken toiminnan ja tuen perustana. Kuitenkin hoitajien on muistettava, että hoitosuhde rakentui ajan kanssa ja että hoitaja pysyi samana, eikä vaihtunut kuntoutusjakson aikana. Hoitajan vaihtuessa ei luottamusta välttämättä pääse kehittymään. Potilaat näkivät tärkeimpänä ominaisuutena hoitajassa millainen persoonana hän on. Empaattisuus, rauhallisuus ja tunne, että hoitaja aidosti on kiinnostunut asiakkaasta ja hänen auttamisesta. Elämänhallintaan liittyvät auttamismenetelmät tarkoittivat kotona tapahtuvia päivittäisiä toimintoja ja niissä ohjaamista, kuten kaupassa käynti, siivous tai ruoanlaitto. (Virtanen 2005, 26–39.)

Elämänhallintaan liittyen psykoedukaatio koettiin asiakkaiden puolesta vaikuttavana hoitokeinona. Psykoedukaatio tutkimuksessa tarkoitti, että asiakkaille annettiin mahdollisimman paljon tietoa sairaudesta, sen oireista ja lääkehoidosta. Minäkuvaa ja itsetuntoa tukevat auttamismenetelmät tarkoit-

tivat, että hoitaja motivoi ja rohkaisi asiakasta sekä antoi rakentavaa palautetta. Asiakkaat kokivat, että minäkuva ja itsetuntoa tukevat auttamismenetelmät vahvistavat itsetuntoa ja pitivät sitä toimivana auttamismenetelmänä. Sosiaaliseen toimintaan liittyvät auttamismenetelmät liittyivät vahvasti edellisessä kuvattuun auttamismenetelmään eli hoitaja rohkaisi ja kannusti asiakasta esimerkiksi aloittamaan harrastuksen tai opiskelut. Rohkaisemisessa ja kannustamisessa hoitajan työnkuvaan liittyi se, että hän antoi tietoa erilaisista harrastus- ja opiskelumahdollisuuksista. Tarvittaessa hoitaja saattoi tulla mukaan esimerkiksi oppitunneille. Lääkehoidon toteutuksessa hoitaja avusti asiakasta jakamaan lääkkeitä sekä uusimaan lääkkeitä itsenäisesti. (Virtanen 2005, 26–39.)

### 3.1 Psykiatrinen kotikuntoutus Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä

Iisalmessa psykiatrinen kotikuntoutus on aloittanut toimintansa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hanketyönä vuonna 2011. Tarkoituksena on vähentää pitkäaikaisesti psykoosiin sairastuneiden potilaiden sairaalahoidon tarvetta. Psykiatrinen kotikuntoutus toimii Iisalmessa osana lasten, nuorten ja kuntoutuksen poliklinikkaa. Työryhmä työllistää Iisalmessa kolme työntekijää. Psykiatrinen kotikuntoutustyöryhmän toimitilat sijaitsevat Iisalmen terveyskeskuksessa, josta käsin työryhmän jäsenet tekevät kotikäyntejä työpareittain asiakkaidensa luona. Sonkajärvellä ja Kiuruvedellä on molemmissa yksi työntekijä ja he ovat osana aikuispsykiatrasta poliklinikkaa. Kotikuntoutus viedään asiakkaan elinympäristöön ja tavoitteena on asiakkaan ohjausta asioiden hoitamisessa, sekä edistää oireiden hallintaa ja toimintakykyä. Toimintamuotoina kotikuntoutuksella on kotikäynnit, psykoedukaatio, tutustumiskäynnit esimerkiksi vertaistukiryhmiin, asiointi apu, ohjaus, neuvonta sekä tukipuhelut. Psykiatrinen kotikuntoutus toimii osastohoidon ja psykiatrisen avohoidon rinnalla koko Ylä-Savon SOTE alueella. (Ylä-Savon SOTE 2014; Hartikainen 5.3.2015b.)

Ylä-Savon SOTEN kuntayhtymän psykiatrinen kotikuntoutus on tarkoitettu mielenterveyspotilaille, joiden toimintakyky on alentunut oireiden vaikeutumisen seurauksena, sekä sairaalasta kotiutuville potilaille arkeen palaamisen helpottamiseksi. Psykiatrinen kotikuntoutus on määräaikaista ja perustuu vapaaehtoisuuteen. Psykiatrinen kotikuntoutus toteutetaan yksilöllisesti laaditun suunnitelman mukaisesti, jossa on määritelty tapaamisten tavoitteet sekä tiheys. Psykiatrinen kotikuntoutus ylläpitää myös Tiistaitiimiä, joka on toimintamuoto potilaille, joilla on injektio lääkehoito. Tiistaitiimissä potilailla on mahdollisuus vertaistukeen ja yhdessä oloon. (Ylä-Savon SOTE psykiatrinen kotikuntoutus-esite s.a.)

### 3.2 Psykoedukaatio psykiatrisen kotikuntoutuksen työmenetelmänä

Psykoedukaatio on yksi psykoosien psykososiaalisista hoitomuodoista. Käytännössä psykoedukaatio tarkoittaa, että potilaille ja hänen omaisilleen kerrotaan sairaudesta ja sen hoidosta, sekä edistetään sairauden kanssa elämistä. Psykoedukaation avulla mielenterveyssairautteen sairastuneen potilaan ymmärrystä sairautensa tilanteestaan pyritään parantamaan ja sen kautta hoitomyönteisyyttä kohentamaan. Psykoedukaatio on laajalti käytetty hoitomuoto, mutta sille ei ole yhdenmukaista rakennetta tai koulutusohjelmaa, jonka mukaan meneteltäisiin. Psykoedukaation tavoitteena on saada sairau-

den oireilu hallintaan, jonka kautta myös tulevaisuuden näkymät paranevat ja toivo pärjäämisestä kohentuu. Psykoedukaatio oli todettu potilailla estävän uusia psykoosijaksoja ja varsinkin ensipsykooseissa psykoedukaatio hoitomuotona on tehokas. Psykoedukaation avulla saadaan myös vähennettyä psykoosisairauksiin liittyvää leimautumista. Sairauden syyt ja seuraukset, sekä oireiden hallinta saadaan psykoedukaatiota käyttämällä potilaalle ja hänen omaisilleen ymmärrettäviksi. Aivan kuten somaattinen sairaus, voidaan psykoottinen sairaus rinnastaa esimerkiksi diabetekseen ja näin ollen sairaus ymmärretään ja hyväksytään paremmin. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133–2138.)

Psykoedukaatio on vuorovaikutuksellista keskustelua. Sairaudesta ei pelkästään pidetä potilaalle luentoa, vaan siitä keskustellen saadaan potilaalle tarpeellinen tieto. Potilaan kanssa keskustellaan hänen havainnoistaan ja kokemuksistaan koskien sairautta ja mietitään yhdessä selitystä ja ymmärrystä tilanteeseen. Hoitajan on muistettava ylläpitää toiveikasta ilmapiiriä, sekä muistaa tasavertainen vuorovaikutus potilaan ja omaisten kanssa, ettei vain kävisi niin, että hoitaja olisi vain asiantuntijana kertomassa sairaudesta. Psykoedukatiiviseen työskentelyyn kuuluu myös ennaltaehkäistä sairauden uudelleen puhkeamista eli potilaan kanssa etsitään yhdessä mahdollisia varomerkkejä, joita ilmenee ja jotka voi tunnistaa ennen psykoosijakson alkamista. Varsinkin psykoosisairauksien ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla varomerkkien tunnistaminen korostuu. Myös sosiaalisten taitojen harjoittelu kuuluu ennaltaehkäisevään toimintaan potilaan kanssa, sillä kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen vähentävät potilaan stressiä. Psykoedukaatiolla annetaan konkreettisia selviytymiskeinoja elämään ja sitä kautta kykyä hallita omaa sairauttaan ja parantaa elämänlaatua. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 93–96.)

## 4 KOTIHOIDON PALVELUT

### 4.1 Kotihoito

Kotihoito tarkoittaa palvelukokonaisuutta, joka koostuu kotisairaanhoidosta ja kotipalveluista. Kotihoito pitää sisällään paljon käsitteitä, joita seuraavaksi tarkastellaan. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan vähintään kerran viikossa tapahtuvaa kotihoidon käyntiä asiakkaan luona. Asiakkaalle on laadittu palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tilapäisen kotihoidon asiakas tarkoittaa, että käynti asiakkaan luona tehdään harvemmin kuin kerran viikossa. Myös tilapäisestä kotihoidosta tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma. Satunnainen kotihoito on kyseessä silloin, kun kotihoidon palvelua asiakas saa kertaluonteisesti. Satunnaisella kotihoidon asiakkaalla ei ole palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. (Itkonen 2013, 15–28.)

Kotihoidon asiakkaat koostuvat eri-ikäisistä kotona asuvista henkilöistä, jotka tarvitsevat apua tilapäisesti tai pysyvästi. Kotihoidon palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen. Kotihoidonpalvelut voivat olla kunnan tuottamia, kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuja. Asiakas voi myös itse omalla kustannuksellaan ostaa palveluita yksityiseltä palvelun tuottajalta. (Itkonen 2013, 15–28.)

Kotihoidon palveluita voivat saada sairaat, vammaisuuden vuoksi tai selvästi heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä, joilla on moninaisia terveysongelmia tai he ovat pitkäaikaissairaita. Muita asiakasryhmiä kotihoidon parissa ovat vammaisasiakkaat, päihdeasiakkaat sekä mielenterveysasiakkaat. Lisäksi sairaalasta kotiutuneen jatkohoito voi vaatia kotihoidon palveluita. Kotihoidon tarkoituksena ja tavoitteena on asiakkaan selviytyminen kotona, sekä toimintakyvyn ylläpito. Hoito on kokonaisvaltaista tarkoittaen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toiminnan turvaamista. Kotihoidon tehtäviä asiakkaan luona voivat olla esimerkiksi lääkehoito, seuranta sekä sairaanhoidolliset ja terveyden säilyttämiseen ja edistämiseen liittyvät toimenpiteet. (Itkonen 2013, 15–28.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella kotihoidon asiakkaaksi pääsee asiakasneuvonta Ohjurin kautta. Ohjurissa työskentelevät asiakasohjaajat tekevät palvelutarpeen arvioinnin, jonka mukaan asiakkalle räätälöidään sopiva hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoidon palveluita on mahdollista tehdä jatkuvaan ja säännölliseen palvelutarpeeseen tai lyhytkestoisesti tilapäiseen palvelutarpeeseen. Palvelutarpeen arviointi perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja terveyteen. Kotihoidon avulla kaikenikäisiä ihmisiä pyritään tukemaan ja hoitamaan niin, että mahdollistetaan eläminen kotona jopa elämän loppuun saakka. Kotihoidon asiakkaita ovat yleensä iäkkäät, joilla toimintakyky on alenunut, mutta pystyvät asumaan kotona kotihoidon avun turvin. Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaan toimintakyky sekä itsenäinen ja inhimillinen elämä omassa kodissaan. (Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymä Palveluopas 2013, 28.)

## 4.2 Kotipalvelu ja kotisairaanhoito

Kotipalvelu avustaa asumisessa, antaa henkilökohtaista hoivaa ja huolen pitoa, joka tarkoittaa avustamista päivittäisissä toiminnoissa kuten siivoamisessa, ruoanlaitossa tai pyykinpesussa. Tukipalvelut ovat kotihoitoon liittyviä palveluita ja ne ovat kunnan itsensä tuottamia tai ostopalveluja. Tukipalveluita ovat esimerkiksi ateria-, siivous-, kylvytys-, kuljetus- tai sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Tukipalveluista peritään erillinen maksu. (Itkonen 2013, 15–28.)

Kotisairaanhoito on moniammatillisesti toteutettavaa sekä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä asiakkaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa toteutettavaa terveyden tai sairaanhoidon palvelua. Kotisairaalahoito tarkoittaa määräaikaista ja tehostettua kotisairaanhoitoa, joka voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää tai yksityistä toimintaa. Kotihoidon asiakkaalle tehtävä palvelusuunnitelma sisältää tiivistelmän hänen terveydentilastaan, tarvitsemista palveluiden tarpeista sekä asiakkaan kanssa sovituista tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi tehtävistä toimista. (Itkonen 2013, 15–28.)

## 4.3 Kotihoidon henkilöstö ja ammatillinen osaaminen

Kotihoidossa voi työskennellä useita eri ammattiryhmän edustajia. Näitä ammattiryhmiä ovat lähihoitajat, sairaanhoitajat, sosionomit, fysioterapeutit, sosiaaliohjaajat, terveydenhoitajat, kodinhoitajat, perushoitajat tai vanhustyön erikoistutkinnon suorittaneita ammattilaisia. Kotihoidon työntekijät ovat suurimmaksi osaksi lähihoitajia tai sairaanhoitajia. Lähihoitajien työnkuva kotihoidossa on toimia asiakkaiden kodeissa sekä erilaisissa palvelu- ja hoitokodeissa, joissa heidän toimenkuva on laaja-alainen sisältäen hoito- ja huolenpitotehtäviä. Sairaanhoitajan toimii kotihoidossa hoitotyön asiantuntijana. Sairaanhoitajan asiantuntijuus perustuu hoitotieteeseen ja hänen tehtävänä on hoitotyön suunnittelu ja toteutus, lääkehoidon suunnittelu ja toteutus, sekä asiakkaiden ja omaisten neuvonta. Kotihoidon kaikilla työntekijöillä on velvoite kirjata potilasasiakirjoihin asiakasta koskevat tiedot, jotka ovat tarpeellisia hoidon suunnittelemiseksi, järjestettämiseksi, toteuttamiseksi tai seurannan turvaamiseksi. (Itkonen 2013, 172–180.)

Kotihoitoa toteutetaan erilaisilla työnjakomalleilla. Kotihoidossa työ on jaettu tehtävä-, asiakas- ja tiimilähtöisesti, sekä resurssien ja työntekijän ammatillisen osaamisen perusteella. Käytännössä eri työnjakomalleja toteutetaan rinnakkain. Tiimilähtöisessä työnjakomallissa kaikilla on yhteinen tehtävä ja ryhmät pysyy samana, joten heillä on mahdollisuus suunnitella työtä yhdessä. Tehtävälähtöisessä työnjakomallissa työtehtävät määräytyvät työntekijän ammatillisen koulutuksen tai aseman perusteella. Asiakslähtöinen työnjakomalli toteutuu huomioiden asiakkaan tarpeet ja sekä toivomukset. Työntekijän ammatilliseen osaamiseen perustuva työnjakomalli perustuu työntekijän osaamiseen, työssä tarvittaviin tietoihin, taitoihin sekä työntekijän persoonallisuuteen. Resurssilähtöinen työnjakomalli tarkoittaa työntehtävien jakamista työntekijöiden määrän mukaan, esimerkiksi lomien aikana. (Itkonen 2013, 30–31.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella kotihoidon muodostavat kotisairaanhoito ja kotihoitoyksikkö Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen alueella kotihoidon piiriin kuuluu yhteensä noin 550 asiakasta, joista säännöllisiä asiakkuuksia on noin 350. Kotihoidon asiakkaat koostuvat pääosin vanhusväestöstä. Iisalmen kotihoidossa työnjakomalli on tiimilähtöistä ja tiimejä Iisalmessa on yhdeksän. Yhdessä tiimissä työskentelee 5–10 henkilöä sekä sairaanhoitaja, joka toimii tiimin vetäjänä ja vastuhenkilönä. Kotihoidon työaika on joka päivä kello 7–21. Sairaanhoitajat työskentelevät virka-aikaan 8–16 sekä viikonloppuisin päivystää yksi sairaanhoitaja. (Ylä-Savon SOTE kotihoito-esite s.a)



## 5 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

### 5.1 Yhteistyö

Annaleena Aira (2012) on väitöskirjassaan tutkinut työelämässä tapahtuvaa yhteistyötä. Yhteistyötä hän kuvaa toimintana, jossa kaikilla on yhteinen tavoite. Se että työskennellään yhdessä ilman tavoitteellisuutta, ei ole vielä yhteistyötä. Yhteistyö perustuu vapaaehtoisuuteen, jossa osapuolet omalla toiminnallaan valitsevat yhteistyön tai jättävät valitsematta sen. Yhteistyörakenteet eivät itsestään vielä takaa yhteistyön toteutumista. Yhteistyö vaatii kaikkien osallistumista, joten myöskään se, että toinen puoli tekee työn ja toinen puoli ainoastaan nauttii työn tuloksista, ei ole yhteistyöksi kutsuttavaa toimintaa. Vuorovaikutus on oleellinen osa yhteistyötä ja mahdollistaa sen, että yhteistyötä voi olla myös ilman yhdessä tekemistä, samassa paikassa tai samaan aikaan tapahtuvaa työtä. Eri puolilla tai eri aikaan yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi tehtävää työtä varten on oltava tiiviissä vuorovaikutuksessa ainakin yhden henkilön kautta, joka kokoaa työn tuloksen tai on tiedon välittäjänä. Eri puolilla tai eri aikaan työskentelevät ihmiset voivat olla yhteydessä toisiinsa, jolloin he voivat jakaa tärkeää tietoa tai ideoida uusia lähestymistapoja. (Aira 2012, 45–50.)

Toimiva yhteistyö tarkoittaa sitä, että asetetut tavoitteet saavutetaan, sekä toiminta on kaikille osapuolille sopivaa. Toimivan yhteistyön tuloksia voidaan tarkastella saavutetuilla tuloksilla, sekä osapuolten tyytyväisyydellä työn tuloksiin. Yhteistyön saavutuksia ja tuloksia voi olla hankala mitata, sillä ne voivat olla hyvinkin abstrakteja ja todella hankalasti mitattavissa. (Aira 2012, 45–50.)

### 5.2 Moniammatillisuus

Erja Katajamäki 2010 on tehnyt väitöskirjan moniammatillisuudesta laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksessa hän on tarkastellut opettajien ja opiskelijoiden kokemuksia moniammatillisuudesta. Tutkimustuloksissa käy ilmi, että monialaisuus sosiaali- ja terveysalalla on moniammatillisuuden perusta. Moniammatillisuus on yhdessä tekemisen taitoa, jossa usean eri tieteenalan ja koulutusalan ammattihenkilöt hyödyntävät toistensa tietoa avoimessa vuorovaikutuksessa. Moniammatillisuus on lisä ilmiöiden tarkasteluun, jolloin hoidonkokonaisuus on turvattu. Hoitotyössä moniammatillisuuden lähtökohdat ovat asiakkaan tarpeista liikkeelle lähtevää. Tutkimuksessa kävi ilmi, että moniammatillisuutta pidettiin tärkeänä päätöksenteossa ennen päätöksen tekemistä. (Katajamäki 2010, 97–102.)

Isoherranen (2005) korostaa moniammatillista yhteistyötä viidellä eri asialla, joita ovat asiakaslähtöisyys, tiedon ja näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Moniammatillista yhteistyötä tehdään hyvin erilaisissa tilanteissa. Erilaiset tilanteet voivat olla strategista suunnittelua, hallinnollisten ongelmien ratkaisemista tai asiakkaan päivittäisten ongelmien selvittämistä. (Isoherranen 2005 12–15.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää yhteistyön toimivuutta ja toteutumista psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitajien välillä. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä ovat yhteistyötä edistäviä tekijöitä ja mitkä haittaavia tekijöitä. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon työntekijät kokevat yhteistyön, mitkä ovat edut ja haasteet, sekä mitä kehitettävää yhteistyössä oli. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon välistä yhteistyötä.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kannattaa tehdä silloin, kun tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista ja tiedon keräämiseen käytetään ihmisten omia kuvauksia aiheeseen liittyen. Kvalitatiivinen tutkimus sopii myös silloin, kun pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita, kuullaan erilaisia näkökulmia ja kun tutkimuksen tekijä ei päättä mikä on tärkeää. Laadullisessa tutkimuksessa myös kohdejoukko on tarkkaan päätetty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007 160, 204–206.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia siitä, mitkä ovat yhteistyötä edistäviä tekijöitä ja mitkä haittaavia tekijöitä. Olin koonnut työlleni valmiin teoriapohjan, sekä olin kiinnostunut haastateltavien hoitajien näkökulmasta tutkittavaan ilmiöön. Tämä on yksi laadullisen tutkimuksen ominaisuuksista (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

Hoitotyössä ilmiöitä ei pystytä määrällisesti mittaamaan eikä tutkimaan pelkästään havaintojen perusteella. Jos halutaan, että ilmiö voidaan ymmärtää, se vaatii ihmisten omia kuvauksia aiheeseen liittyen. Se että saadaan laadukas ja kattava aineisto tutkittavasta ilmiöstä, on osallistujilla oltava tietoa tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57–85).

Opinnäytetyöni avulla saadut tulokset perustuivat hoitajien omiin kokemuksiin. Haastateltavat olivat hoitotyön ammattilaisia.

### 7.2 Aineiston kerääminen

Teemahaastattelu on välimuoto lomake- ja avoimesta haastattelusta eli haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkaa muoto ja järjestys puuttuvat. Ryhmähaastattelun etuna on sen tehokkuus, sillä silloin tietoa voi kerätä usealta henkilöltä samaan aikaan. Ryhmähaastattelu on hyvä haastattelumuoto myös silloin, kun haastattelija on ennestään tuntematon, joten ryhmä joka koostuu toisensa tuntevista henkilöistä, ovat vapautuneempia ja avoimempia haastattelijalle. Ryhmähaastattelussa suositeltu haastateltavan ryhmän koko on 3–5, sillä jos haastattelu nauhoitetaan, saattaa liian suuren ryhmän äänet sekoittua. Lisäksi haastateltavan ryhmän ollessa sopivan pieni on haastattelun kontrollointi helpompi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007 160, 204–206.)

Haastattelurunkoa (liite 1) laadittaessa, oli muistettava että tarkoituksena ei ollut tehdä yksityiskohdista kysymysluetteloa, vaan teema-alueuuttelo. Ensimmäinen haastattelu toimi samalla myös teemojen esitestauksena, jolla pystyin testaamaan haastattelurungon toimivuuden. Esihaastattelulla pystyin mittaamaan haastattelun pituuden ja lisäksi tekemään tarkentavia muutoksia haastattelurunkoon. (ks. Hirsjärvi & Hurme, 2014.) Ennen haastatteluja kävin teema-alueet läpi yhteistyökumppaneiden kanssa. Teema-alueet opinnäytetyöhön laadittiin yhdessä yhteistyökumppanin ja ohjaavan opettajan kanssa. Teema-alueita laadittaessa mietittiin mitkä ovat yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä.

Keräsin aineiston opinnäytetyöhöni teemahaastatteluilla ja haastattelut tallensin nauhurille. Haastateltavat ryhmät koostuivat kotihoidon työntekijöistä, sekä psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmästä. Työryhmien jäsenet olivat taustaltaan sairaanhoitajia sekä lähihoitajia. Haastattelut pidin erikseen omille ryhmille siksi, että saman työryhmään kuuluvien jäsenten mielipiteet pääsivät siten haastattelutilanteessa rohkeammin esille.

Teemahaastattelu oli sopiva haastattelumuoto opinnäytetyöhöni, koska vastuksia ei voi ennalta tietää tai etsiä mistään, vaan haastateltavilla henkilöillä on kokemuksia samankaltaisista tilanteista (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Opinnäytetyössäni esille pääsi hoitotyön työntekijöiden näkökulma yhteistyöstä, jonka ympärille kysymykset haastattelussa rakentuivat.

Opinnäytetyössäni käytin ryhmähaastattelua. Haastateltavat olivat työntekijöitä psykiatrisesta kotikuntoutuksesta sekä kotihoidosta. Opinnäytetyössäni haastateltavien ryhmien koot olivat psykiatrisessa kotikuntoutuksesta kaksi henkilöä ja kotihoidon hoitajia haastattelussa oli kolme. Ryhmähaastattelut, jotka toteutin, olivat henkilömäärältään pieniä. Koin tämän sopivaksi, koska ryhmätilanteen ohjaaminen ei ollut niin haastavaa, kuin mitä se olisi isolla ryhmällä ollut. Lisäksi haastattelunauhoituksen puhtaaksikirjoitus ei ollut niin haastavaa. Ryhmähaastattelu antaa tavanomaista eli yksilöhaastattelua paremman ja moniulotteisemman kuvan todellisuudesta. Osallistujien keskinäinen vuorovaikutus tuo haastatteluun ajatuksien kehittelyä. (Kylmä & Juvakka 2007 83–86.) Haastatteluja varten hain tutkimuslupaa (liite 2). Haastatteluun hoitajat valittiin siten, että psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmän hoitajat valittiin kaikki, koska heitä oli vain kolme. Haastatteluun psykiatrisen kotikuntoutuksen hoitajista pääsi kaksi, koska yksi oli sairastunut. Kotihoidon haastateltavat hoitajat valitsi kotihoidon esimies. Kriteereinä valintoihin oli se, että hoitajalla täytyi olla hoidettavanaan potilaita, jotka olivat myös hoitosuhteessa psykiatrisessa kotikuntoutuksessa.

### 7.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto opinnäytetyössäni oli nauhoitetut ryhmähaastattelut, joista täytyi luoda sisällönanalyysissä sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Ideana oli järjestää aineiston sisältö tiivistettyyn ja selkeään muotoon. Induktiivisella aineiston analyysillä aineiston sisällön sain selkeään muotoon ja siitä pystyin helposti tekemään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Hajoitin aineiston osiin, käsitteellistin ja kokosin uudestaan ehjäksi kokonaisuudeksi. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 107–113.)

Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi koostuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Sisällönanalyysin tekeminen tarkoittaa ryhmäkeskusteluiden tallenteiden aukikirjoitusta. Tämän jälkeen haastattelut luetaan ja perehdytään sisältöön. Luetusta tekstistä etsitään tutkimuskysymyksiin liittyviä ilmaisuja ja alleviivataan ne. Tämän jälkeen ilmaisut pelkistetään ja listataan erilliselle paperille sekä erotellaan ne omiksi ryhmiksi eli samaa tarkoittavat käsitteet laitetaan samaan ryhmään. Tämän jälkeen muodostetaan pelkistetyistä ilmauksista alaluokat, jotka myös ryhmitellään siten, että samaa asiaa

tarkoittavat yhdistellään. Alaluokista koostuvista sanaryhmistä tehdään yläluokat. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tai vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 107–113.)

Opinnäytetyössäni aukikirjoitin ja tein sisällönanalyysin teemoittain, jolla varmistin etten sekoittanut teema-alueiden sisältöjä ja tuloksia keskenään. Luin aukikirjoitetun tekstin useaan kertaan läpi ja poistin siitä tutkimukselle epäolennaiset asiat. Haastattelumateriaalista kirjoitin tutkimuskysymyksiä vastaavat alkuperäisilmaisut erilliselle paperille. Alkuperäisilmaisut pelkistin ja jaottelin ne alaluokiksi, jonka jälkeen muodostin pääluokat. Lopuksi yhdistin ryhmät vastaamaan tutkimuskysymyksiä. (liite 3)

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tein opinnäytetyötäni varten kaksi ryhmähaastattelua. Haastatteluissa olleiden hoitajien määrä oli yhteensä viisi henkilöä. Haastateltavista neljä oli sairaanhoitajia ja yksi lähihoitaja. Haastateltavilla hoitajilla oli työkokemusta hoitoalalta 10–36 vuotta.

### 8.1 Yhteistyön hyödyt

Ensimmäinen aihe haastatteluissa oli yhteistyön edut. Haastattelussa kysyin mitä hyötyä yhteistyöstä työntekijöille on ollut. Hoitajat kertoivat yhdeksi merkittävimmistä yhteistyön eduista, että hoito on kokonaisvaltaista. Moniammatillisuus luo turvallisuuden tunnetta asiakkaalle, mutta myös hoitajille. Koska kotihoidon ja psykiatrisen kotikuntoutuksen toimenkuva on niin erilainen, sekä heidän osaamisensa on painottunut eritavalla, tukee se yhteistä tavoitetta, joka on potilaan kokonaisvaltainen hoito ja potilaan pärjääminen kotona.

*että ehkä meidän erityisosaamisesta on hyötyä heille mutta myös ehkä heidän osaamisesta... ja siis eikä mittää ehkä vaan onkii hyötyä että tuota hyö on kanssa semmosia potilaan arjen asiantuntijoita tuomaan sen tiedon sitten niinku siihen.. siihen yhteistyöhön.*

Kotihoidon osaaminen painottuu somatiikkaan ja psykiatrisen kotikuntoutuksen osaaminen keskittyy mielenterveyden hoitamiseen. Yhtenä tärkeänä asiana näiden kahden erilailla painottuneiden työryhmien välille on turvallisen lääkityksen toteuttaminen potilaille. Tutkimuksesta kävi ilmi, että lääkinnälliset asiat ovat paremmin hallussa, kun potilaan hoito on moniammatillisempaa ja se tuo osaltaan turvallisuuden tunnetta niin potilaille kuin hoitajille. Lisäksi ammattitaidon ja tiedon jakaminen tukee toistensa tekemistä kentällä.

*Ja saadaan myös vahvistusta siihen.. siihen lääkinnälliseen hoitoon sit sieltä niinku.. tässä tilanteesta sieltä psykiatrian puolelta että se moniammatillisuus on minusta se erittäin iso asia siinä rinnalla kulkijana.*

### 8.2 Yhteistyötä haittaavat tekijät

Tutkimuksessa tuli esille usea yhteistyötä haittaavia tekijöitä. Merkittävämpänä yhteistyötä haittaavana tekijänä nousi esille ajan puute sekä kiire. Kiireen ja työntekijäresurssien takia hyväksi koettu ja palavereja on hankalaa aikataulullisesti sovittaa yhteen. Kiireisimpiä työnkuvan vuoksi ovat kotihoidon työntekijät, minkä psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmä tiedostaa ja se myös vaikuttaa vähentävästi yhteydenpitoon.

*Niin ne ovat ehkä sitten tämmösiä yhteistyötä haittaavia tekijöitä just ehkä se ajatus että heillä ainakii on niin jumalaton kiire.*

Haastatteluissa tuli esille hoitajien vaihtuvuuden vaikuttavan haittaavasti yhteydenpitoon ja yhteistyöhön. Uuden hoitajan kanssa yhteistyö alkaa alusta ja se osaltaan vaikeuttaa yhteistyötä. Uusi hoitaja on myös uusi asiakkaille, joten luottamuksen ja hyvän vuorovaikutuksen rakentuminen vie oman aikansa. Uuteen hoitajaan ei osata ottaa samalla tavalla yhteyttä kuin aiemmin toimineeseen.

*Mutta oon ainakii huomannu, että tässä välillä sinne on vaihtunu niitä työntekijöitä, ne ei välttämättä oookaa niitä samoja joihinka minä ossaan ottaa yhteyttä, että minä en enää pysty tavottamaan niitä niin hyvästi, kun aikasemmin.*

Kotihoidon hoitajat eivät rajatun tiedon saannin vuoksi pääse näkemään millaista hoitosuunnitelmaa psykiatrinen kotikuntoutus on asiakkaalle rakentanut, joten yhteisen tavoitteen saavuttamisesi rajattu tiedon saaminen on haittaava tekijä yhteistyössä.

*Nii ja haittaavina tekijöinä myös minusta se, et me ei päästä täällä näkemään, meillä on yhteisiä asiakkaita, mut meillä ei oo sit näkymää psykiatriin niinku tietoihin.*

Hoitajat kokivat epäselvyyksiä myös hoitovastuussa, palvelutarpeen arvioinnissa sekä Ohjurin toiminnassa, jotka osaltaan hankaloittivat yhteistyön toteutumista. Koska potilaalla voi olla monta eri toimijaa, jotka hänen kotonaan käyvät, on epäselvää hoitajille, kuka lopulta on hoitovastuussa ja millaista hoitoketjua pitkin potilas kulkee. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, ettei psykiatrinen kotikuntoutus ole vielä päässyt tarpeeksi näkyväksi toimijaksi eli kaikilla yksiköillä ei ole välttämättä tietoa sen olemassa olostai sitä ei osata vielä ottaa huomioon, vaikka potilas voisi hyötyä psykiatrisesta kotikuntoutuksesta.

*Tässä on ohjuri ja palveluohjaaja ja kotisairaanhoito. Et siinä on niinku, se menee tämmöstä ketjua, että itse olen välillä ymmärtämätön, että mikä se on niinku se mars-sijärjestys, että ku tekis, jotekii tuntus että tekis mieli tehdä työtä sen käytännön työtä tekevän ihmisen kanssa sitä yhteistyötä, ja neuvotella niistä potilaan asioista.*

### 8.3 Yhteistyötä edistävät tekijät

Hoitajat kokevat tutkimuksen mukaan parhaiten yhteistyötä edistävän tekijän olevan yhteiset tapaamiset ja palaverit. Palavereissa työntekijät tulevat toisilleen tutummiksi ja näin myös yhteydenpito tulla helpommaksi, kun on tavannut kyseisen henkilön kasvokkain. Palavereissa kotihoidon ja psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintatavat tulevat toisilleen tutuimmaksi, helpottaen myös yhteistyötä.

*on jaettu puhelinnumeroita ja semmosta pientä yhteistyöpalaveria pidetty, et ollaan nähty kasvoja, että kenen kanssa sitte puhelimessa puhutaan ja ollaan tekemisissä, ni se on minusta ainaki sitte helpottanu sitä yhteistyötä.*

## 8.4 Yhteistyön kehittäminen

Neljäntenä teemana haastattelussa oli yhteistyön kehittäminen. Materiaalia kaikista neljästä teemasta yhteistyön kehittämiseen kertyi kaikkein eniten. Yhteistyön kehittäminen nähtiin tarpeellisena ja kehittämisideoita nousi esille paljon. Työntekijät näkivät merkittävämpänä kehittämiskohteena sen, että yhteisiä tapaamisia olisi enemmän ja että ylipäättään yhteyden pitoa olisi enemmän. Yhteisten tapaamisten merkitys on haastattelun perusteella todella tarpeellista ja sujuvan yhteistyön kannalta todella merkittävää. Haastatteluiden mukaan hoitajat kokivat yhteisten palaverien edistävän potilaiden hoitoa.

*Loppu kädessä se hyötyy aina se potilas, vaikka aatellaan, mulla on tärkeempää mennä tämä yks potilas hoitamaan, kuin mennä johonkii kokkouseen istumaan. Että tulis jotenkii se ymmärrys, että menemällä kokkouseen istumaan, minä ehkä hyödynnän paljon, monen potilaan asioita, kuin että minä hoidan sen tunnin aikana sen yhden potilaan asioita.*

Haastatteluissa yhtenä ajatuksena yhteistyön kehittämiseen tuli työparityöskentely, jossa psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitaja tekisivät yhdessä kotikäynnin yhteisen asiakkaan luokse, esimerkiksi kerran tai kahdesti viikkoon. Tällaisessa työskentelyssä tulisi säännöllisiä tapaamisia, kuulumiset myös muista asioista sekä potilaista tulisi vaihdettua. Yhteistyö olisi konkreettista. Kentällä parityöskentelymallilla yhteistyö voisi lisääntyneen vuorovaikutuksen myötä kehittyä paremmaksi.

*mutta sitten että kokeletaisiinko tämän potilaan kanssa nyt vaikka tämmöstä uudenlaista lähestymistapaa et kotihoidon työparina oiski kotikuntoutuksen työntekijä nyt sitten että...*

Kirjaaminen nähtiin myös yhtenä kehittämiskohteena. Kotihoidon työntekijöille ei psykiatrisen kotikuntoutuksen kirjaukset näy, mikä jossain määrin haittaa yhteistyötä. Psykiatrisen kotikuntoutuksen puolelta taas nähdään kehittämisen tarvetta kirjausten lukemiseen sekä kirjausten tekemisen tarkkuuteen. Se mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty.

Haastattelussa kotihoidon hoitajat toivoivat, että psykiatrinen kotikuntoutus olisi mukana ennaltaehkäisevässä mielessä. Ajatuksena oli, että jos psykiatrisella kotikuntoutuksella olisi mahdollisuuksia tulla potilaan luokse myös silloin, kun varsinaista mielenterveyden sairautta ole vielä diagnosoitu. Tällainen sekundaaripreventiivinen hoitotyö olisi kotihoidon työntekijöiden mukaan tarpeellista. Haastattelun mukaan kotihoidon hoitajat ovat monen asiakkaan kohdalla joutuneet tilanteeseen, jossa he ovat arvioineet, että psykiatrisesta kotikuntoutuksesta olisi potilaalle hyötyä.

*Minä olin tähän kohtaan aatellu tuota diagnoosikeskeisyyttä justiisa että kun... tuntuu että kaiken pohjana on se diagnoosi.. niin tuota, just sitä kun kaikkee ei aina voi diagnosoida ja siitä.. olis hyvä saaha sitä kotikuntoutusta mukkaa jo siinä vaiheessa kun sitä diagnoosia tehhään, eikä vasta sitten ku se on saatu tehtyä... siitä olis varmaan paljon.. paljon hyötyä ja... yhteistyö ois semmmosta mielekästä ja tuloksellista.*



Työntekijät kokivat tutkimuksen mukaan myös kehittämiskohteena sairaalasta kotiutumisen. Työntekijät näkevät tarpeellisena, että potilaan jatkohoitoa aletaan miettiä paremmin jo sairaalajaksolla hyvässä ajoin ennen kotiuttamista. Sairaalajaksolla potilaalle jatkosuunnitelmia kyllä tehdään, mutta siihen olisi syytä paneutua enemmän. Varsinkin uusien potilaiden kohdalla tämä olisi tärkeää, etteivät he joutuisi sairaalasta päästyään olemaan ilman apua.

*ne kottiutetaan, he haluavat itse kotia ja sitten ei löydy perusteita miks ne pidettäs sairaalahoidossa, niin siinäki on mun mielestä semmonen kehittämisen paikka et miten se siellä osastolla aloitetaan se tutuksi tuominen, et ne omat hoitajat sieltä kotikuntoutuksesta tulisivat tällä osastohoidon aikana hyvin tutuksi tälle asiakkaalle. Se ois hyvin luontevaa.*

Haastatteluissa kehittämiskohteena nousi esille kotihoidon hoitajien toiveesta se, että psykiatrisen kotikuntoutuksen hoitajat voisivat ottaa vastuuta potilaan hoidosta kokonaisvaltaisemmin. Toivottavaa olisi esimerkiksi verenpaineen mittaukset ja muut nopeat hoito/mittaustoimenpiteet, jotka hoituisivat käynnin yhteydessä.

*et sit sieltä niinku jotenki tuntuu et tämmöstä joustamista pitäis löytyä niinku kaikista ammattiryhmistä, ihan samalla tavalla kun mekin joudutaan ottaa kantaa siihen mielenterveystilanteeseen ja kirjataan siitä, niin samalla tavalla mun mielestä kotikuntoutuski vois sitte ottaa myös kantaa sitten somatiikan puoleen.*

## 9 POHDINTA

### 9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöni aihe, eli yhteistyö oli eettisesti hyväksyttävä. Tutkimus oli hyödyllinen, eikä tutkittava aihe ollut arkaluontoinen. Tutkimuksen hyödyllisyys ei kohdentunut pelkästään yksittäiseen henkilöön, eikä ammattiryhmään, vaan hyödynsaajia tutkimustuloksista olivat myös asiakkaat ja heidän omaiset. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Tutkimuksessa en kysynyt tietoja, jotka koskettaisivat haastateltavia itseään, vaan haasteltavien ryhmien jäsenet kertoivat omia näkemyksiään ja mielipiteitään kysyttävistä asioista. Tutkimukseen osallistujat tiesivät mihin tarkoitukseen kerättävä haastatteluaineisto oli. Varmistin haastateltavien yksityisyyden suojaa siten, ettei kenenkään nimeä haastatteluissa sanottu, enkä muutenkaan kerännyt haastateltavien nimiä työyhteyteen. Haastattelun materiaali eli nauhoitukset ja kirjallisen materiaalin säilytin ja hävitin asianmukaisesti. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen hain tutkimuslupaa (liite 3). (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 77, 159–161.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu opinnäytetyössäni uskottavuus ja siirrettävyys. Opinnäytetyössä kuvataan mitä sisällönanalyysiä oli käytetty. Tulokset kuvattiin lukijalle selkeästi. Opinnäytetyöni tuloksista esitin kerätystä aineistosta suoria lainauksia, mutta jos aineistosta on tunnistettavissa esimerkiksi murreilmausten vuoksi osallistujia, käännettiin alkuperäislainaus yleiskielelle. Lainauksien käyttö toi raportille luotettavampaa ilmettä. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Luotettavuuden arviointia pystyin tekemään koko tutkimusprosessin eri vaiheissa (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 130–133). Opinnäytetyössäni arvioitava ja tunnistettu ilmiö oli yhteistyö ja se tuli esille jo työn otsikoinnissa. Opinnäytetyön tutkimuksen aiheelle oli hyvät perustelut ja myös eettisestä näkökulmasta se oli oikeutettu. Terveystieteiden kannalta laadulliselle tutkimuksen aiheelle oli tarvetta. Aineiston keruumenetelmä ja sisällönanalyysi, joita opinnäytetyössäni käytin, ovat tieteellisesti tutkittu, todettu luotettavaksi ja toimivaksi tavaksi tutkimuksen teko. Tutkimuksessa haastateltavat henkilöt olivat hoitotyön ammattihenkilöitä. Heidät oli valikoitu tarkkaan tähän tutkimukseen, koska juuri he olivat opinnäytetyöni kannalta järkevää haastatella. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että haastateltavat henkilöt olivat psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmä ja ne kotihoidon hoitohenkilöt, jotka ovat työskennelleet tai olivat työskennelleet samojen asiakkaiden kanssa, joita myös psykiatrisella kotikuntoutuksella oli. Teoreettinen viitekehys opinnäytetyöhöni oli kerätty ajantasaisesta ja luotettavista lähteistä.

### 9.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyöni tulokset eivät tulleet minulle yllätyksenä, sillä tein viimeisen syventävän harjoitteluni psykiatrisessa kotikuntoutuksessa. Jo harjoittelussa ollessani havainnoin asioita kaikista neljästä eri teemasta, joita opinnäytetyössäni käsittelin. Havaitsin, että merkittävämpänä yhteistyötä hankaloit-

tavana tekijänä ovat vähäiset yhteiset tapaamiset, sekä vähäinen yhteyden pito. Harvalukuiset tapaamiset yhdistettynä rajoitettuun tiedonsaantiin, minkä vuoksi kotihoidon hoitajat eivät näe psykiatrisen puolen kirjauksia, haittaa yhteistyötä. Mielestäni asiakas kuitenkin hyötyy paljon kun toimijoina ovat kotihoito ja psykiatrinen kotikuntoutus, moniammatillisen otteen ansiosta. Tärkeimpänä tekijänä uskoisin olevan turvallisuuden, joka nimenomaan luodaan näiden kahden eri toimijan yhteistyönä asiakkaan hyväksi. Turvallisuusasiaa perustelen kuten haastattelussakin tuli esille, lääketurvallisuutena, sekä moniammatillisen hoitotyöryhmän tuoman osaamisen vuoksi. Hoito on perusteellisempaa.

Kuten psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmällä on, myös itselleni tuli tuntemus, että kiire joka kotihoidon hoitajilla työssään on, haittaa yhteistyötä. Ajanpuutteen vuoksi yhteiset tapaamiset rajoittuvat vähäisiin määriin. Vähäisemmiksi kuin sujuvan ja luontevan yhteistyön sujumiseksi olisi suotavaa. Haastattelun mukaan kotihoito ei ole aina tietoinen, milloin asiakkaan luona käydään ja milloin hoitosuhde päättyy psykiatrisen kotikuntoutuksen osalta. Jos tapaamisia olisi enemmän ja yhteydenpitoa olisi enemmän, sujuisi yhteistyö paremmin. Haastattelussa tuli esille myös, että työntekijöiden vaihtuvuus on haittaavana tekijänä yhteistyössä. Ajattelisin, että myös vaihtuvien työntekijöiden vuoksi olisi tärkeää saada aikaa yhteisiin tapaamisiin, jossa voisi käsitellä työntekijöitä koskevat muutokset.

Haastattelun mukaan yhteiset tapaamiset ovat yhteistyötä edistävä tekijä, joten tapaamisten määrä olisi syytä mielestäni lisätä. Myös senkin vuoksi, että kotihoidon hoitajat olisivat paremmin tietoisia yhteisen asiakkaan tilanteesta eli missä vaiheessa asiakkaan kuntoutus on menossa ja millaista hoitosuunnitelmaan hänelle on rakennettu. Tähän hyvänä ratkaisuna näkisin sen, joka psykiatrisen kotikuntoutuksen puolesta ehdotuksena tuli, että viikoittain olisi työparikäyntejä yhteisen asiakkaan luona, jossa kotihoidon ja psykiatrisen kotikuntoutuksen hoitajat yhdessä kävisivät. Siinä samalla tulisi keskustelua myös muista ajankohtaisista asioista ja yhteistyö olisi tiiviimpää.

Vertaillen psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon hoitajien määrää, on niissä suuri ero. Psykiatrisen kotikuntoutuksen hoitajien määrä työryhmässä on kolme hoitajaa, kun taas kotihoidon hoitajien määrä on useita kymmeniä. Ajatellen haastatteluiden määrää olisin voinut tehdä kotihoidon hoitajille useamman ryhmähaastattelun kuin yhden. Päädyin kuitenkin haastatteluun vain yhtä ryhmää kotihoidon hoitajista, koska haastatteluun valittu ryhmä oli tarkoin valittu. Valitulla ryhmällä, jota työhön haastattelin, oli laaja kokemus yhteistyöstä, joten laadullisesti materiaalin sisältö oli todella hyvä.

Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyen pohdinnan kohteeksi esille tuli myös se, että olin tullut työharjoittelun vuoksi tutuksi psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmälle. Pohdiskelin jo ennen haastatteluita voisiko tuttuuteni vaikuttaa jollain tavalla työn tuloksiin. En kuitenkaan nyt tulokset raportoineena usko, että tulokset olisivat erilaiset vaikka olisin tehnyt haastattelut tehnyt heille ennestään tuntemattomana henkilönä.

Mielestäni psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon tekemistä voidaan yhteistyöksi sanoa. Kuten Aira (2005) väitöskirjassaan asian ilmaisi, yhteistyö on toimintaa, jossa kaikilla on yhteinen tavoite. Psykiatrisella kotikuntoutuksella ja kotihoidolla yhteinen tavoite on asiakkaan pärjääminen kotona. Haastattelujen perusteella, sekä myös kokemuksella, jonka työharjoittelun aikana sain psykiatrisessa kotikuntoutuksessa, on yhteistyö toimivaa, mutta siinä on vielä kehittämisen tarvetta.

### 9.3 Opinnäytetyö prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi alkoi lokakuussa 2014. Kävin aiheeseen liittyvän palaverin silloin vielä Koljonvirran sairaalan tiloissa toimineen psykiatrisen kotikuntoutuksen kanssa. Palaverissa sain aiheen opinnäytetyöhöni. Aihekuvauksen esittelin lokakuun lopulla 2014. Tämän jälkeen aloin kirjoittamaan työsuunnitelmaa. Työsuunnitelman esitys eli suunnitelmaseminaarin esittelin toukokuussa 2015, jolloin myös työsuunnitelma hyväksyttiin ja pystyin anomaan tutkimuslupaa. Tutkimuslupa täytyi pyytää kotihoidon sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen osastoilta. Tutkimusluvat sain kesäkuussa 2015 ja pääsin sopimaan haastatteluajankohdista. Haastattelut sain sovittua heinäkuulle 2015 ja heti haastatteluiden jälkeen aloin litteroimaan nauhoituksia. Sain litteroitua sekä analysoitua haastattelut elokuussa 2015. Viimeistelin opinnäytetyöni syyskuussa 2015.

Prosessina opinnäytetyö oli ajallisesti pidempi kuin olin osannut odottaa. Jossain määrin koin turhan pitkiksi ajoiksi, kun opettajilta odotteli palautetta esimerkiksi työsuunnitelmasta. Toisaalta taas tiedostin sen, että heillä on myös paljon muitakin töitä tarkastettavana, sekä muuta opetusta, joten palautteen saaminen kestää. Vaikka tein opinnäytetyön yksin oli, silti kalenterista katsottava usein se aika milloin työtä pystyi tekemään, sillä perheeseeni kuuluu pieni lapsi, joten työn tekeminen ei onnistunut ihan milloin tahansa. Uskoisin kuitenkin, että yksin tekemällä tämä työ tässä elämän vaiheessa oli järkevä ratkaisu, ihan vain ajankäyttöä ajatellen.

Työsuunnitelman tekemisen aikaan keväällä 2015 minulla oli 11 viikon työharjoittelu. Harjoittelupäivät olivat arkipäivinä ja lähes joka viikonloppu olin töissä. Viikonlopun työt olivat kuitenkin yötyötä, joten pystyin hyödyntämään työvuorot tehden työsuunnitelmaa eteenpäin. Lisäksi kevään ohjelmaan kuului rästitenttien tekoa, sekä muutamien kurssien rästitenttien tekoa. Kevät oli siis aika työn-  
täyteinen, mutta kuitenkin kiinnostus työtä kohtaan säilyi, sillä koin työn olevan merkittävä toimeksiantajalle, mutta myös itselle tulevaa sairaanhoitajan ammattiani ajatellen.

Yhteistyö yhteistyökumppaneiden kanssa sujui mielestäni todella hyvin. Kotihoidon ja psykiatrisen kotikuntoutuksen kanssa yhteistyön tekeminen oli helppoa ja mutkatonta. Ohjaavan opettajan ohjaus oli myös kiitettävän arvoista. Sain tarvitsemi tuen häneltä. Opponoiijat jotka työsuunnitelmaa arvioivat, antoivat myös mielestäni hyvän tuen työlleni.

Koin että tiedonhakumenetelmät ja tieteellisen kirjoittamisen taito parani tämän prosessin aikana valtavasti. Opin myös lähdekriittisemmäksi. Ammatillisesti prosessi oli todella antoisa. Opin paljon yhteistyöstä jo pelkästään tekemällä tutkimusta yhteistyöstä, mutta myös prosessin aikana jouduin tekemään paljon yhteistyötä yhteistyökumppaneiden kanssa ja opin myös siitä. Lisäksi opin ymmär-

tämään paremmin moniammatillisen hoitotyön merkityksen ja myös tulevana sairaanhoitajana osaan toimia paremmin moniammatillisen ryhmän yhtenä jäsenenä.

#### 9.4 Jatkotutkimusaiheet

Haastatteluissa nousi esille sekä kotihoidon, että myös psykiatrisen kotikuntoutuksen puolelta asiakasneuvonta Ohjurin toiminta. Haastatteluiden perusteella Ohjurin toiminta jossain määrin aiheuttaa hämmennystä. Jatkotutkimuksessa Ohjurin toiminnasta voisi tehdä selvityksen niille yksiköille, joiden kanssa Ohjuri tekee yhteistyötä. Jatkotutkimuksessa voisi selvittää yleisesti Ohjurin toimintaa, yhteistyötä ja mikä on Ohjurin hoitovastuu.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Aira, A. 2012. *Toimiva yhteistyö: työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. [viitattu 26.1.2015.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>

Aspa-säätiö, 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. [verkkojulkaisu] Aspa-säätiö [viitattu 17.2.2015]. Saatavissa: [http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/MTA\\_Selvitysraportti\\_verkkoon\\_0.pdf](http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/MTA_Selvitysraportti_verkkoon_0.pdf)

Hartikainen, R. 2015a. Psykiatrinen kotikuntoutustyöryhmä. Iisalmi 24.1.2015. Sairaanhoidaja.

Hartikainen, R. 2015b. Henkilökohtainen tiedonanto. Kalle Partanen [5.3.2015].

Hirsjärvi, S., Remes, S. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Tammi

Isoherranen, K. 2005. *Moniammatillinen yhteistyö*. 1. painos. Porvoo: Dark Oy.

Itkonen, E-R. 2013. *Kehittyvä kotihoito*. 3.painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Katajamäki, E. 2010. *Moniammatillisuus ja sen oppiminen: Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. [viitattu 28.3.2015] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. *Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa*. Kustannus Oy Duodecim. Lääketieteellinen aikakausikirja 2133–2138.

Kiviniemi, L., Läksy, M., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisu, J. 2004. *Eri teitä perille*. Helsinki: Edita Prima oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. *Mielenterveyshoitotyö*. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, A. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, A. (toim.). *Psykiatria*. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nordling, E. & Toivio, T. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. Tampere: Esa print.

Mielenterveyslaki L 1990/1116. [verkkajulkaisu] Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 26.1.2015]. Saatavissa:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaiden%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaiden%20asemasta%20ja%20oikeuksista)

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2000. *Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta*. Helsinki: WSOY

THL. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013 [verkkosivu]. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 11.5.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoito-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Tammi

Virtanen, M.-K. 2005. *Kotikuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

WHO. 2014. *Mental health*. [verkkajulkaisu] World Health Organisation. [viitattu 20.1.2015] Saatavissa: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

Ylä-Savon SOTE. 2013. *Palveluopas*. [verkkajulkaisu]. Ylä-Savon SOTE [viitattu 26.1.2015]. Saatavissa: [http://issuu.com/ylasavonsote/docs/sote\\_palveluopas\\_2013?e=8168272/2309112](http://issuu.com/ylasavonsote/docs/sote_palveluopas_2013?e=8168272/2309112)

Ylä-Savon SOTE. 2014. *Psykiatrinen kotikuntoutustyöryhmä* [verkkosivu]. Ylä-Savon SOTE Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/index.asp?link=6628.5&language=1>

Ylä-Savon SOTE s.a. kotihoito-esite.

Ylä-Savon SOTE. s.a. Psykiatrinen kotikuntoutus-esite.

## LIITE 1: HAASTATTELUJEN TEEMAT

## 1. YHTEISTYÖN HYÖDYT

Mitä hyötyä teille on ollut yhteistyöstä?

## 2. YHTEISTYÖTÄ HAITTAAVIA TEKIJÖITÄ

Mitkä ovat mielestänne yhteistyötä haittaavia tekijöitä?

## 3. YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVIÄ TEKIJÖITÄ

Mitkä ovat mielestänne yhteistyötä edistäviä tekijöitä?

## 4. YHTEISTYÖN KEHITETTÄVÄT ASIAT

Miten kehittäisitte yhteistyötä?



## LIITE 2: ESIMERKKI ANALYYSISTÄ

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA	VASTAA KYSYMYKSEEN
Minä aattelin kyllä sen et sitä on jotenkii kuvitellu että heillä on niin kiire	Kiire	Rajallinen ajan-käyttö	Haittaavat tekijät	yhteistyötä haittaavat tekijät
Mut se on varmaan se ja sitten kyllä se varmaan on se ajan, ajan puute ennen kaikkee	Ajan puute			
.. ja sit se vaatis tietysti enempi sitä että olla yhteydessä	yhteydenpito	Vähäinen vuorovaikutus		
toivottas enempi niitä yhteisiä palaveria tai sitä että sitä pystys sitä suullista tietoo sitte kuitenkin aikalailla	Palaverit			
sitä yhteydenpitoa pitäas olla enemmän ni palaverien muodossa	yhteydenpito	Vuorovaikutuksen lisääminen	kehitys ideoita	Yhteistyön kehittäminen
kotikuntoutus tekkee näitä käyntejä vaan kotikuntoutus olis työparina kotihoijolle	työparityskentely			

## LIITE 3: TUTKIMUSLUVAT

44/13.00/2015

**Tutkimuslupa / Kalle Partanen**

Selostus asiasta	<p>Valmistelija ja yhteystiedot: mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö Marja Kesti, 044 709 6012, marja.kesti(at)ylasavonsote.fi.</p> <p>Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija Kalle Partanen hakee tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä. Opinnäytetyön suunnitelma on ammattikorkeakoulussa hyväksytty 24.5.2015. Aiheena on ”Psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyön toteutuminen lisäalnessa”. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluina kesäkuussa 2015.</p> <p>Valmistelijan päätösehdotus: Esitän tutkimusluvan hyväksymistä.</p>
Päätös	Myönnän Kalle Partaselle hakemuksen mukaisen tutkimusluvan. Tutkimus edistää kuntayhtymän toiminnan kehittämistä.
Päätöksen perustelu	Aihe kohdistuu eri toimialojen keskeiseen yhteistyöhön.
Peruste	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 46.
Otto-oikeus	Yhtymähallitus
Nähtävilläolo	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 17.6.2015
Muutoksenhaku ja toimitus	<p>Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus</p> <p>Seija Kärkkäinen Hyvinvointijohtaja</p> <p>Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksella.</p>
Jakelu	<p>Saaja: Kalle Partanen</p> <p>Tiedoksi: Sami Karjalainen Leila Pekkanen Marja Kesti</p>

**Oikaisuvaatimusohjeet**

Oikaisuvaatimus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.
-----------------	---

oikeus	Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
--------	---

Tiedoksianto asianosaiselle 1)	<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)	Asianosainen Kalle Partanen
	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja	
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen
	Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus	Vastaanottajan allekirjoitus
	<input checked="" type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten sähköpostilla 12.6.2015/HR	

Oikaisuvaatimus viranomaisen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:  Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä/Yhtymähallitus/Kirjaamo PL 4 , 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi Puhelin: (017) 27 241
Oikaisuvaatimus-aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.  Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen / otteeseen

1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitetulle asianosaiselle.  Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.
<p><b>Valitusosoitus</b></p> <p><b>Kunnallisvalitus</b> Valituksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen johdosta annettuun päätökseen saa hakea muutosta kunnallisvalituksin vain se, joka on tehnyt oikaisuvaatimuksen. Mikäli päätös on oikaisuvaatimuksen johdosta muuttunut, saa päätökseen hakea muutosta kunnallisvalituksin myös asianosainen sekä kunnan jäsen.</p> <p>Valituksen saa tehdä sillä perusteella, että päätös on syntynyt virheellisessä järjestyksessä, päätöksen tehnyt viranomaisen on ylittänyt toimivaltansa tai päätös on muuten lainvastainen.</p> <p>Viranhaltijalla ei kunnallisen virkaehtosopimuslain (669/709) 26 §:n johdosta ole kuitenkaan oikeutta tehdä valitusta saman lain 2 §:n mukaisesta asiasta, jos hänellä tai viranhaltijayhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työtuomioistuimessa.</p> <p><b>Hallintovalitus</b> Kunnan viranomaiset tekevät paljon päätöksiä erilaisten erityislakien nojalla. Erityislakien muutoksenhakusäännökset, jotka ovat hyvin vaihtelevia, menevät kuntalain muutoksenhakusäännösten edelle.</p>

Hallintovalituksen tekemistä ei ole rajattu siihen, että päätös on syntynyt laittomalla tavalla (laillisuusperuste), vaan hallintovalituksen voi tehdä myös sillä perusteella, että päätös on valittajan mielestä epätarkoituksenmukainen (tarkoituksenmukaisuusperuste).

Hallintovalituksen saa tehdä vain asianosainen eli sellainen henkilö tai yhteisö, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta päätös koskee.

Kunnallisvalituksen ja hallintovalituksen alaisiin päätöksiin haetaan muutosta kirjallisella valituksella, joka on toimitettava valitusviranomaisen alla olevaan osoitteeseen:

Itä-Suomen hallinto-oikeus  
Puijonkatu 29 A 2.krs, PL 1744  
70101 KUOPIO

S-posti: [ita-suomi.hao@oikeus.fi](mailto:ita-suomi.hao@oikeus.fi), Faksi: 029 56 42501

Valitus on tehtävä 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun viranhaltijapäätös on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytettä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Valituskirjassa on ilmoitettava

- valittajan nimi, ammatti, asuinkunta ja postiosoite
- päätös, johon haetaan muutosta
- miltä osin päätöksestä valitetaan ja muutos, joka siihen vaaditaan tehtäväksi
- muutosvaatimuksen perusteet.

Valituskirja on valittajan tai valituskirjan muun laatijan omakätisesti allekirjoitettava. Jos ainoastaan laatija on allekirjoittanut valituskirjan, siinä on mainittava myös laatijan ammatti, asuinkunta ja postiosoite.

Valituskirjaan on liitettävä päätös, josta valitetaan, alkuperäisenä tai viran puolesta oikeaksi todistettuna jäljennöksenä sekä todistus siitä päivästä, josta valitusaika on luettava.

Valituskirjat on toimitettava valitusviranomaiselle ennen valitusajan päättymistä. Jos valitusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa valitusasiakirjat toimittaa valitusviranomaiselle ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä. Omalla vastuulla valitusasiakirjat voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin valitusasiakirjat on jätettävä niin ajoissa, että ne ehtivät perille ennen valitusajan päättymistä.

Tuomioistuimen ja eräiden oikeushallintoviranomaisten suoritteista perittävistä maksuista annetun lain (701/93) nojalla muutoksen-hakijalta peritään oikeudenkäyntimaksua.

**Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä****Viranhaltijapäätös**

11.6.2015

40 § / 2015

46/13.00/2015

**Tutkimuslupa - Kalle Partanen****Selostus asiasta**

Valmistelija ja yhteystiedot: kotihoidon päällikkö Hanna Jokinen  
puh. 040 7470 113 tai [hanna.jokinen@ylasavonsote.fi](mailto:hanna.jokinen@ylasavonsote.fi)

Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija Kalle Partanen hakee tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä. Opinnäytetyön suunnitelma on ammattikorkeakoulussa hyväksytty 24.5.2015. Aiheena on "Psykiatrisen kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyön toteutuminen lisämessä". Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluina kesäkuussa 2015.

**Päätös**

Päätän myöntää tutkimusluvan Kalle Partaselle. Kotihoidon yhteyshenkilönä toimii Arja Leinonen.

**Päätöksen perustelu**

Työn kehittäminen.

**Peruste**

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48

**Otto-oikeus**

Toimitusjohtaja

**Nähtävilläolo**

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 17.5.2015.

**Muutoksenhaku ja  
toimielin**

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Hanna Jokinen

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksesta.

Vs. Hoito- ja hoivajohtaja

**Jakelu**

Saaja:  
Kalle Partanen  
Tiedoksi:  
toimitusjohtaja

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä  
PL 4  
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:  
PL 17  
74101 Iisalmi

Puhelinväylä:  
017 27 241

Kotisivu: [www.ylasavonsote.fi](http://www.ylasavonsote.fi)  
Sähköposti: [kirjaamo@ylasavonsote.fi](mailto:kirjaamo@ylasavonsote.fi)  
[etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi](mailto:etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi)

**Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä****Viranhaltijapäätös**

11.6.2015

40 § / 2015

yhtymähallituksen puheenjohtaja  
Anne Mikkonen  
Arja Leinonen

## Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

## Viranhaltijapäätös

11.6.2015

40 § / 2015

## Oikaisuvaatimusohjeet

Oikaisuvaatimus oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.  Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
------------------------	--

Tiedoksianto asianosaiselle 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)	Asianosainen Kalle Partanen
	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja 11.6.2015/Hanna Jokinen	
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen
	Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus	Vastaanottajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten	

Oikaisuvaatimus viranomaisen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:  Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä/Yhtymähallitus/Kirjaamo PL 4 , 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi Puhelin: (017) 27 241
Oikaisuvaatimus -aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.  Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen / otteeseen

- 1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitetulle asianosaiselle.

Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.

**Valitusosoitus****Kunnallisvalitus**

Valituksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen johdosta annettuun päätökseen saa hakea muutosta kunnallisvalituksin vain se, joka on tehnyt oikaisuvaatimuksen. Mikäli päätös on oikaisuvaatimuksen johdosta muuttunut, saa päätökseen hakea muutosta kunnallisvalituksin myös asianosainen sekä kunnan jäsen.

Valituksen saa tehdä sillä perusteella, että päätös on syntynyt virheellisessä järjestyksessä, päätöksen tehnyt viranomaisen on



ylittänyt toimivaltansa tai päätös on muuten lainvastainen.

Viranhaltijalla ei kunnallisen virkaehtosopimuslain (669/709) 26 §:n johdosta ole kuitenkaan oikeutta tehdä valitusta saman lain 2 §:n mukaisesta asiasta, jos hänellä tai viranhaltijayhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työtuomioistuimessa.

### Hallintovalitus

Kunnan viranomaiset tekevät paljon päätöksiä erilaisten erityislakien nojalla. Erityislakien muutoksenhakusäännökset, jotka ovat hyvin vaihtelevia, menevät kuntalain muutoksenhakusäännösten edelle.

Hallintovalituksen tekemistä ei ole rajattu siihen, että päätös on syntynyt laittomalla tavalla (laillisuusperuste), vaan hallintovalituksen voi tehdä myös sillä perusteella, että päätös on valittajan mielestä epätarkoituksenmukainen (tarkoituksenmukaisuusperuste).

Hallintovalituksen saa tehdä vain asianosainen eli sellainen henkilö tai yhteisö, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta päätös koskee.

Kunnallisvalituksen ja hallintovalituksen alaisiin päätöksiin haetaan muutosta kirjallisella valituksella, joka on toimitettava valitusviranomaisen alla olevaan osoitteeseen:

Itä-Suomen hallinto-oikeus  
Puijonkatu 29 A 2.krs, PL 1744  
70101 KUOPIO  
S-posti: [ita-suomi.hao@oikeus.fi](mailto:ita-suomi.hao@oikeus.fi), Faksi: 029 56 42501

Valitus on tehtävä 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun viranhaltijapäätös on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Valituskirjassa on ilmoitettava

- valittajan nimi, ammatti, asuinkunta ja postiosoite
- päätös, johon haetaan muutosta
- miltä osin päätöksestä valitetaan ja muutos, joka siihen vaaditaan tehtäväksi
- muutosvaatimuksen perusteet.

Valituskirja on valittajan tai valituskirjan muun laatijan omakätisesti allekirjoitettava. Jos ainoastaan laatija on allekirjoittanut valituskirjan, siinä on mainittava myös laatijan ammatti, asuinkunta ja postiosoite.

Valituskirjaan on liitettävä päätös, josta valitetaan, alkuperäisenä tai viran puolesta oikeaksi todistettuna jäljennöksenä sekä todistus siitä päivästä, josta valitusaika on luettava.

Valituskirjat on toimitettava valitusviranomaiselle ennen valitusajan päättymistä. Jos valitusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa valitusasiakirjat toimittaa valitusviranomaiselle ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä. Omalla vastuulla valitusasiakirjat voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin valitusasiakirjat on jätettävä niin ajoissa, että ne ehtivät perille ennen valitusajan päättymistä.

Tuomioistuimen ja eräiden oikeushallintoviranomaisten suoritteista perittävistä maksuista annetun lain (701/93) nojalla muutoksen-hakijalta peritään oikeudenkäyntimaksua.